

12. Полученные результаты об особенностях течения псориаза у детей и подростков соответствуют международным наблюдениям, однако требуется большее количество пациентов для более статически значимой сопоставимости изученных данных.

Литература:

1. Incidence of psoriasis in children: a population-based study / M. M. Tollefson [et al.] // Am Acad Dermatol. – 2010. – Vol. 62, N 6. – P. 979–987.
2. Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities / I. M. G. J. Bronckers¹ [et al.] // Pediatr Drugs. – 2015. – Vol. 17. – P. 373–384.
3. Psoriasis in children: a retrospective analysis JEADV / C. Stefanaki [et al.]. – 2011. – Vol. 25. – P. 417–421.

ЦИФРОВАЯ ВИДЕОМИКРОСКОПИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ НЕРУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

Козин В.М.,¹ Саларев В.В.,² Козина Ю.В.¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»²

Актуальность. Цифровая видеомикроскопия (микроскопия стержня) – это дерматоскопия волосистой части головы, оценка состояния кожи волосистой части головы, роста волос [1]. Данный метод является современной, неинвазивной, удобной в практическом использовании диагностической манипуляцией, позволяющей своевременно провести дифференциальную диагностику различных видов нерубцовых алопеций, а том числе андрогенной алопеции и гнездовой алопеции. При цифровой микроскопии у пациентов можно оценить активность роста волос, провести анализ перифолликулярных знаков в поле зрения и наличие характерных признаков: присутствие желтых точек, черных точек, волос в виде «восклицательных знаков», обломанных волос, веллуса [1,2].

Цель исследования: оценка корреляции тяжести течения нерубцовых алопеций на волосистой части головы с результатами анамнеза заболеваний и данными лабораторно-инструментальных исследований.

Материал и методы исследования. На базе амбулаторно-поликлинического отделения УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии» за период времени с 2015 по 2017 гг. обследовано 315 больных с разными формами алопеции (243 женщины и 72 мужчины) в возрасте от 4 до 68 лет. Количество детей и подростков до 18 лет включительно составило 28 (8,9%) пациента. С помощью дерматоскопа Haine 20 Delta, цифрового видеомикроскопа Levenhuk DTX 30 (увеличение от 20 до

230 раз) и специальной программы проводилась цифровая видеомикроскопия пациентам с нерубцовыми алопециями – гнездной и андрогенной алопецией.

Методы исследования: Клинико-морфологический, микроскопическое исследование волос, лабораторно-инструментальный анализ (дерматоскопия, цифровая видеомикроскопия), статистический.

Результаты исследования. Проведенный анализ *anamnis vitae* позволил выявить, что у 87 (27,6%) пациентов в обеих формах –отягощенный семейный анамнез с наличием клинических проявлений нерубцовой алопеции на момент исследования. Распределение по возрастным группам было таким: от 20 до 29 лет – 10,8%, от 30 до 39 лет – 23,4; от 40 до 49 лет – 37,9; от 50 до 59 лет – 18,1; от 60 до 68 лет – 9,7. Длительность болезни была от 2 месяцев до 5 лет. Гнездная алопеция была у 20,6%, андрогенная алопеция – у 79,4% больных.

В зависимости от площади вовлечения выделяли следующие клинические формы гнездной алопеции (n=65) у 32 пациентов – локальная (поражение в виде одного или нескольких округлых очагов), у 19 пациентов - офиазис (выпадение волос по типу ленты, охватывающей краевую область скальпа), у 9 пациентов – тотальная (полное отсутствие волос на коже скальпа), у 5 универсальная (выпадение волос на коже скальпа с частичной или полной потерей волос на теле).

Клинические проявления острой фазы у пациентов с гнездной алопецией характеризовались тяжелым рецидивирующим течением по алопеции и воспалением на волосистой части головы. Клинически определялись: легкая эритема бледно-розового цвета кожи, отсутствие волос в очаге, выявлением по краю очагов облысения пеньков обломанных волос, «черных точек» кадаверизованных волос.

При дерматоскопии и цифровой видеомикроскопии определяли присутствие желто-коричневых точек в устьях пустых фолликулов или вокруг сохранившихся волос в очаге заболевания – «черных» точек (кадаверизированных волос). По периферии очагов определяли дистрофически измененные волосы суженные в их проксимальной части.

У 5 пациентов проведено морфологическое исследование [1] с использованием одноразовых трепанов «STIEFEL» диаметром от 3 мм до 4 мм. При исследовании биоптатов кожи из лобно-теменной области у пациентов - определяются перифолликулярные и периваскулярные клеточные инфильтраты состоящие из субпопуляций лимфоцитов. Умеренное количество макрофагов с определенным количеством апоптозных телец обнаруживались среди эпителиальных клеток наружного эпителиального влагалища корня.

У пациентов с андрогенной алопецией (n=250) поредение и истончение волос диагностировано преимущественно в теменной (андрогензависимой) и макушечной областях. Клинически оценивали – плотность волос, vellусноподобные волосы (уменьшенный диаметр волос), количество

одиночных волос в волосяных фолликулах, неоднородность диаметра волос за счёт миниатюризации волосяного фолликула.

При дерматоскопии и цифровой микроскопии определяли присутствие юнитов – одиночных и редко двойных волос. Наличие перифолликулярных знаков в поле зрения («желтые» фолликулярные точки, «белые» фиброзные точки) и др. Волосы, обломанные на разной длине с явлениями трихоптилоза (секущиеся кончики) – не выявлялись.

Основные диагностические критерии по данным микроскопии стержня волоса и дерматоскопии при дифференциальной диагностике гнездной алопеции и андрогенной алопеции представлены в таблице.

У 4 пациенток с клиническими проявлениями андрогенной алопеции для подтверждения диагноза проводились патогистологические исследования волосистой части головы. Использовались пункционные трепаны диаметром от 2 до 4 мм. В биоптатах определялось: повышенное количество пушковых волос, снижено соотношение анаген/телоген, присутствовали перифол-ликулярные лимфоцитарные инфильтраты от слабой до умеренной степени выраженности.

Таблица. Основные диагностические критерии по данным микроскопии стержня волоса и дерматоскопии при дифференциальной диагностике гнездной алопеции и андрогенной алопеции

Признак	Гнездная алопеция	Андрогенная алопеция
Волос по типу «восклицательного знака»	«+»	-
Веллус	Единичные, могут быть белыми	«++»
«Черные» точки	«++»	-
«Желтые» точки	«+», могут быть множественными	«+»
Обломанные волосы	«+», разной длины	-
Извитые волосы	-	-
«Белые» точки	-	«+»
Перифокальная воспалительная реакция	«+»	«++»
Анизотрихоз	-	«++»

Примечание: «+» - признак определяется сомнительно» «++» - признак резко выражен; «-» признак не определяется; анизотрихоз – равномерное истончение волос.

Выводы.

1. Максимальное число обратившихся пациентов были в возрасте 40-49 лет (37,9%). Чаще андрогенная алопеция наблюдалась у женщин. Преимущественно тотальные алопеции встречались у детей.

2. При гнездной алопеции: обнаружение «черных и желтых точек», частично обломанных волос, признаков воспалительной реакции и определение волос «восклицательного знака», несколько выражено наличие единичного веллуса. Андрогенная алопеция: наличие веллуса, обнаружение

«белых и желтых точек», выражены перифокальная воспалительная реакция и равномерное истончение волос (анизотрихоз), отсутствие «восклицательного знака», обломанных и извитых волос.

3. Выбор метода лечения нерубцовых алопеций и его эффективность при гнездовой и андрогенной алопеции зависят от проведенных клинико-морфологических характеристик, площади и выявленных диагности-ческих критериев по данным цифровой видеодерматоскопии.

Литература:

1. Методы диагностики в практической трихологии / Н. Барунова [и др.] // KOSMETIK International journal. – 2013. – № 1. – С. 22–25.

2. Гаджигороева, А. Г. Клиническая трихология : моногр. / А. Г. Гаджигороева. – Изд-во : Практ. медицина, 2014. – 184 с.

ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ CLOSTRIDIUM DIFFICILE: ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

*Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И., Семенов В.М.,
Крылова Е.В., Акулич Н.Ф.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Этиологическая структура инфекционных диарей постоянно меняется и зависит от многих факторов. С началом эры антибиотиков, и в большей степени зачастую с неоправданным и бессистемным их назначением начало появляться все больше сообщений об увеличении количества, так называемых, антибиотикассоциированных диарей (ААД) [1,2]. ААД – полиэтиологичная патология, обусловленная в 15-25% случаев *Clostridium difficile* [3]. Истинное число случаев острой инфекционной диареи, вызванной *Clostridium difficile*, не совпадает с официально регистрируемой заболеваемостью. Обусловлено это может быть, в первую очередь, отсутствием возможностей для лабораторного подтверждения диагноза. Вариантом тяжелого течения ААД, вызываемой *Clostridium difficile*, является псевдомембранозный колит (ПМК), который в ряде случаев может привести к угрожаемым жизни состояниям: токсическому мегаколону, перфорации кишечника, сепсису или септическому шоку.

Целью нашей работы явилось установление предрасполагающих факторов к развитию кишечной инфекции, вызванной *C.difficile*, оценка эффективности различных схем антибактериальной терапии в зависимости от вариантов течения патологического процесса.

Материал и методы исследования. Анализ факторов риска развития инфекции, ассоциированной с *C.difficile*, был проведен у 42 пациентов,